

ON THE WAY TO UNDERSTANDING HEALTH'S ESSENCE: ACHIEVEMENTS AND DANGERS

Bulich E.G., Muravov I.V.

НА ПУТИ ПОЗНАНИЯ СУЩНОСТИ ЗДОРОВЬЯ: ДОСТИЖЕНИЯ И ОПАСНОСТИ

МУрава

**БУЛИЧ Э.Г.,
МУРАВОВ И.В.**
Крымский
государственный
медицинский
университет
им. С.И. Георгиевского,
г. Симферополь,
Украина,
Высшая школа
общественных и
технических наук,
г. Радом,
Польша

Менее 30 лет прошло с того дня, когда проф. И.И. Брехман в небольшой научно-популярной монографии провозгласил необходимость создания науки о здоровье, которую он назвал валеологией [1]. За этот короткий срок никому еще не известная наука по своей популярности в нашей стране и в странах ближнего зарубежья превзошла многие медицинские дисциплины. Возникла мода на валеологию: в этой загадочной и тем более привлекательной для большинства населения науке многие стали видеть спасение от засилья болезней. Естественно возникают вопросы: насколько оправдана такая популярность и каковы реальные возможности валеологии?

Предпосылки возникновения валеологии. Одно положение совершенно бесспорно — наука о здоровье крайне необходима. Важнейшим стимулом к ее развитию являются запросы медицинской практики, оказавшейся, при всех своих достижениях в лечении и профилактике заболеваний, неспособной обеспечить здоровье населения. «Не надейтесь на медицину, — писал Н.М. Амосов. — Она неплохо лечит многие болезни, но не может сделать человека здоровым. Пока она даже не может научить человека, как стать здоро-

вым» [2]. Факты подтверждают мысли нашего выдающегося ученого.

Во всем мире заболевают все больше людей, появляются новые болезни. Проведенный нами анализ сводок эпидемиологов свидетельствует о том, что 29 наиболее распространенных болезней (из более 22000 известных в наши дни) обеспечивают более чем 28 миллиардов заболеваний в течение одного года, т.е. численность, четырехкратно превышающую все население Земли [3]. Разочарование в возможностях медицины и тревога из-за возрастающей заболеваемости вселили в людей надежду на то, что новая наука отыщет средства, способные избавить человека от болезней. Появившиеся в то время публикации (во многих из них желаемое принималось за действительное) воспринимались как откровение, следую которому и игнорируя уже известные медицинские знания, можно обрести здоровье. Лишь специалисты, прежде всего гигиенисты, понимали, что наука о здоровье начинается вовсе не с чистого листа, и на историческом пути развития медицины накопилось немало ценнейших сведений о средствах и методах укрепления здоровья [4].

Развитие знаний о здоровье и претензии валеологии. За последние 15-20 лет значительно расширился круг научных учреждений, разрабатывающих проблемы здоровья в нашей стране. Характерной особенностью большинства этих работ была их преемственность. Даже программы преподавания валеологии явились синтезом уже известных и проверенных физиологами, гигиенистами, педагогами и психологами фактов и положений. Эти положения, составляющие золотой фонд знаний о здоровье и оздоровительном поведении, следует дополнять и развивать. Достаточно напомнить, что идея здорового образа жизни была предложена еще Гиппократом (460-377 гг. до н.э.), и основные положения, которыми мы и сегодня руководствуемся в оздоровительном поведении, были сформулированы этим великим ученым. Конечно же, эти положения должны быть допол-

**НА ШЛЯХУ ПІЗНАННЯ СУТНОСТІ ЗДОРОВ'Я:
ДОСЯГНЕННЯ ТА НЕБЕЗПЕКИ**

Булич Е.Г., Муравов І.В.

Аналізуються висунуті останнім часом уявлення щодо сутності здоров'я. Підкреслюється важливість розвитку валеології як напрямку гігієнічних наук, а також необхідність зваженого, відповідального підходу до публікацій у цій галузі знань.

Ключові слова: здоров'я, валеологія, енергетичний потенціал, інтеграція функцій і структур.

**ON THE WAY TO UNDERSTANDING HEALTH'S ESSENCE:
ACHIEVEMENTS AND DANGERS**

Bulich E.G., Muravov I.V.

The article analyzes latest concepts on health. It focuses on importance for developing valeology as a direction for hygienic sciences as well as necessity for serious and responsible approach to publications in this field.

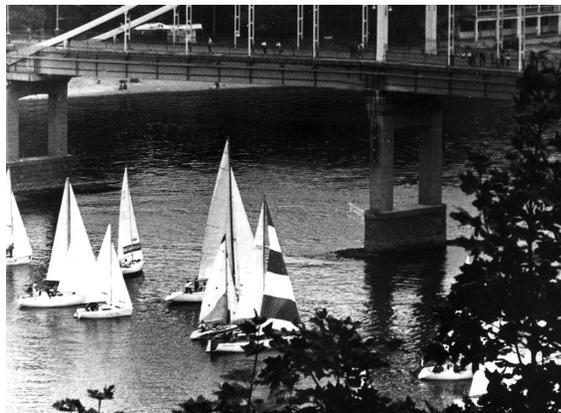
Key words: health, valeology, energetic potential, integration of functions and structures.

© Булич Э.Г., Муравов И.В. СТАТЬЯ, 2010.

нены и существенно пересмотрены с учетом сегодняшних реалий. Это и стало ближайшим заданием для ряда научных коллективов в нашей стране.

Наряду с этим направлением исследований в Украине и ближнем зарубежье появились работы иного плана. Авторы этих работ увидели в новой науке о здоровье поразительные возможности. Оставив в стороне публикации, не имеющие ничего общего с наукой, остановимся лишь на работах, написанных теми, кто получил признание научной общественности — профессорами, докторами медицинских наук. Валеология — это, якобы, «не только уникальная наука о человеке, но наука, охватывающая ВСЕ известные сферы человеческого бытия — моральные, физические, нравственные и психологические» [5]. Валеология декларируется как спасительница человечества, не более и не менее [6]. Конечно, эти и подобные им широкомасштабные заявления представителей науки, которая пока еще ничем серьезным себя не проявила, вызвали естественное сопротивление со стороны научной общественности. Что касается трехтомной монографии проф. Л.З. Теля [5], то оценка ее не требует глубокого анализа. Как и многие подобные издания, она представляет собой научно-популярное изложение сведений по физиологии органов, а также многих известных оздоровительных систем. Каких-либо новых решений эта работа, как и многие публикации подобного типа, не предлагает. Никакой уникальности, равно как и «охвата всех сторон человеческой жизни», обещанных автором в предисловии, при всем желании обнаружить в книге не удастся.

Иного отношения заслуживают работы проф. Г.Л. Апанасенко, предлагающие решение действительно важной теоретической проблемы учения о здоровье: выяснения его сущности, возможности оценки и методов его измерения. Следует иметь в виду, что в течение более 60 лет со времени первой публикации Генри Сигериста, в которой утверждалось, что здоровье является самостоятельным состоянием, а не отсутствием болезни [7], и принятым в 1948 году соответствующей концепции ВОЗ ученые не смогли найти ответ на эти вопросы. До сего времени неизвестно, что является сущностью здоровья, тем



ЯКІСТЬ ДОВКІЛЛЯ І ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ

более, не выработаны достаточные обоснованные методы его прямой диагностики [8-12].

Энергетическая концепция здоровья. В подходе к изучению здоровья и его диагностике ряд положений казался очевидным, глубинные противоречия в некоторых из них выявились лишь в дальнейшем. Известно, что все живое нуждается в энергии, а так как здоровье является не просто «жизнью», а «жизнью высшего качества», не обремененной недугами, то естественно считать, что именно «обеспеченный сполна» энергией организм является здоровым. В пользу энергии как одного из важных слагаемых здоровья говорил и тот факт, что именно энергия является условием *sine qua non* физической активности, без которой невозможна полноценная жизнь человека. Соотношение между энергией и здоровьем было предметом анализа на заседании Научной группы по двигательной активности, созданной ВОЗ в 1968 году в Женеве, причем вице-президентам этой научной группы — проф. К.-Л. Андерсену и проф. И.В. Муравову как руководителям двух подгрупп экспертов было поручено представить предложения по этой проблеме. В опубликованных рекомендациях, подчиненных, как и все решения ВОЗ, принципу «оздоровительного приоритета», было признано благоприятное влияние повседневной (*habitual*) двигательной активности. Вместе с тем, научная группа ВОЗ не только в дискуссиях, но и в документированном решении воздержалась от сведения здоровья человека к его энергетическому потенциалу, равно как и от признания величины его мерой здоровья [13]. В этом документе (доступном не только в библиотеках, но и в Интернете), а также в последующих работах специалистов, энергетический потенциал, выраженный в показателях максимального потребления кисло-

рода (МПК), рассматривался как мера физической работоспособности, но отнюдь не как мера здоровья [14-16]. Естественно, во многих публикациях по проблемам здоровья энергетические возможности организма и, конкретно, МПК как мера здоровья не рассматриваются [11, 17].

Иную позицию занял профессор Г.Л. Апанасенко, известный своими работами по оценке физического развития человека, которые, как он сам пишет, «вызвали оживленные отклики специалистов, причем резко негативного характера» [18]. Им было предложено решение сразу обоих проблемных вопросов теории здоровья: его сущности и метода измерения. В качестве основы здоровья был постулирован высокий энергопотенциал, выражающийся аэробными возможностями организма, т.е. уровнем МПК. Для практического измерения здоровья был предложен набор тестов (массо-ростовой показатель, отношение жизненной емкости легких и динамометрии к массе тела, индекс Робинсона и время восстановления частоты пульса после 20 приседаний, выполняемых за 30 с). Каждый из предложенных тестов хорошо известен и часто применяется в практических исследованиях. Нетрудно, однако, понять, что между теоретической предпосылкой — оценить МПК — и ее реализацией при помощи предлагаемых тестов существует явная нестыковка. Полагая, что здоровье сводится к максимальным аэробным возможностям, естественно было применить аэробные тесты, наиболее соответствующие измерению этого показателя. Такие тесты хорошо известны — в них используются нагрузки на выносливость — ходьба или бег длительностью 12 минут [19] или 4-х минут [20], двухкилометровый тест ходьбы [21] или рекомендованный ВОЗ тест PWC170 [15]. Именно эти тесты

находятся в высокой корреляционной связи с МПК — на уровне $r=0,89-0,91$ [14, 20, 21]. Что касается предлагаемых проф. Г.Л. Апанасенко тестов, то ни один из них не применяется для оценки уровня МПК, так как не соответствует требованиям такой оценки.

Максимальное потребление кислорода. Эволюция и здоровье. Серьезные сомнения возникают и по поводу теоретического обоснования энергетической концепции. Вывод «чем больше способность увеличивать при необходимости поглощение кислорода, тем организм жизнеспособнее», следовательно, проблема «измерения степени жизнеспособности — иными словами, уровня соматического здоровья — опирается в проблему измерения максимального потребления кислорода» [22] аргументируется фактом возрастания энергетических возможностей организмов в некоторых направлениях эволюции [23, 24]. Однако не всякая прогрессивная эволюция сопровождается возрастанием биоэнергетики. Даже ароморфозы, характеризующиеся переходом на более высокий уровень организации, не всегда приводят к повышению энергии жизнедеятельности [25-27]. Известны пути эволюции, обеспечивающие различные «приобретения организмом более или менее широких приспособлений, которые вовсе не обязательно должны быть связаны с энергетикой» [27]. Несомненно, что повышение энергии жизнедеятельности обеспечивает организму преимущества в двигательной деятельности, столь необходимой для борьбы за существование. Важно при этом иметь в виду, что обратной стороной повышения двигательной активности оказывается возрастание риска не только для здоровья, но и для самого существования организма.

Обращаясь к эволюции для понимания жизнеспособности и здоровья, следует учесть, что намного более важным эволюционным приобретением является противоположная способность организмов — экономизация энергии. Ведь «основной критерий прогрессивной эволюции состоит в эффективности использования энергии, т.е. минимизации расхода энергии на достижение полезного приспособительного эффекта. В этом также заключается основная черта целесообразности разви-

тия живых систем» [28]. Еще Гексли и другие эволюционисты в работах, ставших классическими, подчеркивали приоритетное значение этой особенности эволюционного процесса как самого важного критерия прогрессивной эволюции [29-31]. Именно минимизация расхода энергии обеспечивает повышение автономности организма, тем самым снижение зависимости его от внешней среды, т.е. негэнтропийные возможности организма [26, 32, 33]. Не учитывать этого критерия в попытках понимания здоровья, значит игнорировать важнейшую сторону того вклада, который внесла эволюция в жизнеспособность организмов и здоровье человека.

«Энергооснащенность» организма и ее противоречия. Не только эволюционные соображения свидетельствуют о несводимости здоровья к максимальным аэробным возможностям. Оказалось, что самые «энергооснащенные» люди — спортсмены — далеко не относятся к самым здоровым. Спортсмены не только болеют чаще, чем нетренированные люди, но и не отличаются большей продолжительностью жизни [34, 35].

Еще одним фактом, который противоречит тому, чтобы признать максимальные аэробные возможности, выраженные в показателе МПК, мерой здоровья, является энергетика женщин. Давно известно, что у женщин, характеризующихся большей продолжительностью жизни, энергетический потенциал меньше, чем у мужчин [36-38]. Оказывается, для того, чтобы быть здоровым, достаточно иметь весьма скромные энергетические возможности, причем дальнейшее значительное повышение их не увеличивает потенциал здоровья [39]. Факты свидетельствуют о том, что энергетика, конечно, играет важную роль для жизни. Однако для способности сохранения жизни и здоровья, собственно для выживания, по-видимому, основное значение имеет способность экономично расходовать энергию, тогда как максимальные аэробные возможности обеспечивают высокую жизненную, главным образом мышечную, активность организма.

Исследования в области старения также противоречат представлениям о решающем значении максимальных аэробных возможностей для жизнеспособности: геронтологическая

практика изобилует примерами долгой жизни людей с крайне низким уровнем аэробных возможностей [40, 41]. Поэтому есть все основания полагать, что основу здоровья определяют еще какие-то другие факторы.

Биологическая организация и здоровье. Один из таких факторов, надо полагать, представлен совершенством биологической организации, способной интегрировать разнородные структуры и функции в целостный организм. Хотя значение этого фактора в эволюции и адаптации организмов уже давно известно [27, 29, 30, 42-44], однако в связи со здоровьем он не рассматривался. Следует иметь в виду исключительную сложность интеграционных взаимосвязей как в самом организме, так и организма с факторами среды, «которые возникают в сообществе и по сложности превосходят все функционально-морфологические связи в организме» [32]. Многолетние исследования в этом направлении были начаты нами в 1969 году после заседания научной группы ВОЗ [13], на котором обращалось внимание на необходимость поиска факторов здоровья человека. Первые результаты этого исследования, начатые еще в Институте геронтологии АМН СССР, а опубликованные (ввиду ответственности предпринятого поиска) лишь спустя 20 лет, позволили описать оздоровительные эффекты двигательной активности [45] и проявления функциональной интеграции организма [46].

В 1995-1997 годах и в последующем были представлены факты, обосновывающие роль биологической организации как одного из факторов здоровья человека [12, 46]. В качестве ориентировочных тестов для оценки корреляционных связей как основы жизнеспособности [44] были предложены тест моторно-кардиальной корреляции (тест МКК) [47] и оценка реакций организма по принципу «доза-эффект» [48]. Тест МКК, в частности, позволяющий проанализировать 15 взаимосвязей между возрастом, мышечной активностью и реакциями сердца, обнаружил высокую корреляцию между всеми показателями, которые используются для оценки важнейших функциональных состояний организма [48]. Такими показателями оказались биологический возраст, глюкозотолерантность, систолическое артериальное давление, устойчи-

вость к стрессу, сопротивляемость к утомлению, жизненная емкость легких, массо-ростовой индекс, оценка самочувствия, а также тесты PWC₁₇₀, гипоксический и на равновесие, которые, в свою очередь, тесно связаны с биологическим возрастом [10, 49]. Несмотря на обнадеживающие результаты в наших публикациях подчеркивалось, что их следует оценивать, имея в виду возможные упущения, неясности, а то и прямые ошибки, а учитывая исключительную важность проблемы, считать их не более чем удобной почвой для последующих исследований [48]. Хотя биологическая интеграция представляет собой фактор общего значения, не только несводимый к отдельным показателям, но объединяющий их, однако, по-видимому, ее следует рассматривать лишь как одно из условий, делающих организм здоровым. Для человека, учитывая его социально-биологическую природу, характеризующуюся крайней изменчивостью жизнедеятельности и поразительной зависимостью от психики и эмоций [50], по-видимому, немалое значение имеют и другие факторы, способные существенно изменять биологическую интеграцию. Более того, если в теоретическом аспекте этому фактору, несомненно, принадлежит особое место, то что касается измерения его, возникают проблемы и проблемы. Предложенные нами тесты [47, 48] представляют собой первые шаги в этом направлении, характеризующие лишь функциональный компонент интеграции [12, 46, 48]. Другой — морфологический — компонент интеграции изучен значительно меньше. Хотя учение о конституциях человека зародилось еще в античном мире, однако и сегодня в этом аспекте мы пользуемся лишь только массо-ростовым индексом и соотношением окружностей талии и бедер (хотя, будем справедливы, как много значат эти простые эмпирические методы для оценки здоровья!).

Трудности на пути познания здоровья. Как ни труден путь, ведущий к познанию сущности здоровья, представления Томаса Сиденгама, И.В. Давыдовского, Генри Сигериста, Н.М. Амосова, Юлиана Александровича, И.И. Брехмана и многих других ученых остаются яркими ориентирами на этом пути. В одной из лучших книг о здоровье подчеркивается, что дей-

ствующими ныне стандартами (и не только в отечественной практике) не предусматривается возможность измерения такого объекта, как здоровье человека. Дело не только в сложности вопроса, но и в ограниченных возможностях метрологии, объектом исследований которой являются, главным образом, физико-технические параметры [51]. Однако здоровье имеет выраженный субъективный подтекст и не поддается объективному измерению [8]. Разграничивая, по предложению М.С. Бедного [52], здоровье и жизнеспособность, следует признать, что, оценивая со стороны состояние организма, как это делает внешний исследователь с помощью объективных методов, мы изучаем лишь отдельные стороны жизнеспособности. Субъективный же компонент состояния организма, при помощи органов чувств сигнализирующий о внутреннем благополучии или неблагополучии организма (само-чувствие, т.е. ощущение собственного организма), составляет существеннейшую часть здоровья. Ее может оценить лишь сам человек. Это крайне усложняет поиск сущности или хотя бы основных факторов здоровья.

Следует также учесть, что здоровье индивидуума является крайне сложным объектом для измерения, так как речь идет о противоречивой сущности его состояния, когда каждый организм в любой момент жизни является одновременно устойчивым и изменчивым, поскольку отличается от самого себя благодаря непрерывному осуществлению многочисленных функций его жизнедеятельности — вдыханию воздуха, выведению пота, изменению позы, выражению эмоций, изменению тонуса, пульса, настроения [51]. Для того, чтобы представить, насколько сложны и многообразны компоненты, которые в своем взаимодействии определяют объективную основу здоровья — жизнеспособность, можно рекомендовать познакомиться хотя бы с основными показателями организма здорового человека, содержащимися в цитированной выше или любой фундаментальной работе.

Перспективы валеологии и... опасности для здоровья. Вряд ли можно ожидать в ближайшие годы выяснения сущности здоровья, удовлетворяющего большинство специалистов метода его измерения. Выдаю-

щийся польский врач и мыслитель Юлиан Александрович имел все основания утверждать, что уровень развития медицинских знаний не позволяет выявить сущность здоровья и сформулировать научно обоснованную его дефиницию [8]. Однако исследования, масштабы которых все более расширяются, формируют необходимый фундамент для практических действий, еще более важных в наши дни, чем теоретические аспекты проблемы здоровья. Это напоминает ситуацию, свойственную одной из основных физических проблем мироздания, имеющей исключительное практическое значение — пониманию сущности времени. Еще сегодня ученые спорят о природе этого явления, остающегося для многих загадкой, но это ничуть не мешает нам на практике хорошо ориентироваться во времени и точно измерять его. Поэтому, не отрицая исключительного значения исследований сущности здоровья, следует считать важнейшей практической задачей разработку вопросов укрепления здоровья на основе современных знаний об оздоровительных эффектах, свойственных поведению человека и влияниям окружающей среды. Большинство этих мощных стимуляторов здоровья либо совсем не используется, либо используется крайне недостаточно. Между тем, систематическое применение их может существенно (по нашим расчетам, не менее чем на 11-15 лет) продлить жизнь большинства людей и, главное, значительно повысить качество этой жизни, сделав ее намного более полноценной.

Что же касается теоретических представлений и оснований на них рекомендаций, то они должны быть строго выверены. Принцип Гиппократа *primum non nocere*, ставший медицинским императивом на все времена, далеко не всегда восстребован в валеологических пу-

бликациях. В том, что это так, можно убедиться, хотя бы бегло просмотрев на прилавках магазинов и в Интернете предлагаемый от имени валеологии поток паранаучной и откровенно мистической информации, обещающей «исцеление», «снятие сглаза», «устранение порчи» и т.п. Эксплуатация некомпетентности и доверчивости людей наносит им прямой вред, так как уводит в сторону от обоснованных гигиенических рекомендаций и от собственных усилий, способных реально содействовать укреплению здоровья. Сложившаяся ситуация налагает на специалистов особую ответственность в отношении своих выступлений в печати. Даже провозглашение валеологии спасительницей человечества, без которой оно не сможет выжить, простительное для увлеченного ученого, таит в себе опасность. Валеология еще ничего нового и действительно эффективного, что получило бы признание специалистов, пока дать не может. Ее адепты, однако, не проявляя должной осторожности и принимая желаемое за действительное, создают неблагоприятное общественное мнение, мешающее ее собственному развитию.

В формировании науки крайне интересны новые представления, если они открыты для дискуссии, а не преподносятся как законченная теория, как истина в последней инстанции. Это относится и к той единственной (не только в нашей стране, но и за ее пределами) концепции, которая претендует на решение проблемы сущности здоровья и метода его измерения, т.е. энергетической концепции здоровья. Выше мы отметили существенные упущения в ее методических подходах и теоретической основе. Что же касается несоответствия между здоровьем спортсменов с их высокими аэробными возможностями и столь же высокой заболеваемостью, что не укладывается в энергетическую концепцию, то вместо анализа этого противоречия здоровье спортсменов выносится за скобки известных знаний. Для этого допускается, что для спортсменов нормально иметь отклонения от нормы, характеризующей здоровье. Критерии обычного здоровья, якобы, несущественны для занимающихся спортом, а «главным критерием здоровья спортсмена является его спортивный результат» [53]. При этом игнорируются много-

численные данные о повышенной заболеваемости спортсменов [34, 35]. Конечно, можно допустить, что у спортсменов какое-то «свое» здоровье, но как при этом быть с их повышенной смертностью? Считать ее тоже особенностью их организма как-то не получается: умирают-то они той же, настоящей смертью, что и прочие...

О повышенной смертности спортсменов, которая все более учащается, сообщают специалисты многих стран. По данным Национального центра спортивной медицины Италии, смертность среди спортсменов в 2,4 раза превышает показатели смертности всего населения [54]. Причем опасные для жизни патологические изменения в организме регистрируются именно на пике спортивных достижений [35, 55-59], когда, в соответствии с энергетической концепцией, здоровье спортсмена должно быть наиболее полноценным. Нетрудно понять, что произойдет, если тренеры примут эту концепцию как руководство к действию, полагаясь на спортивные результаты и игнорируя нарушения в состоянии здоровья спортсменов. Странно, что такую позицию занимает заведующий кафедрой спортивной медицины одного из медицинских вузов Киева. Эта позиция прямо противоположна принципам современной спортивной медицины.

Основоположник отечественной спортивной медицины профессор А.Г. Дембо подчеркивал: «Для того, чтобы заниматься спортом, надо прежде всего быть здоровым, причем не просто здоровым, а абсолютно здоровым» [60]. Хорошо известно, что высокий уровень функционального состояния может быть иногда и при выраженной патологии. Он связан с огромными приспособительными возможностями, которые могут компенсировать тот или иной дефект в состоянии здоровья. «Однако неизбежно, рано или поздно, под влиянием спортивной тренировки патологические изменения в организме таких спортсменов усугубятся, и они или станут инвалидами, или погибнут» [60]. Именно поэтому в предельных спортивных нагрузках клиницисты видят фактор риска внезапной смерти [61], а углубленные исследования состояния организма рассматривают как исключительную возможность выявить вероятные опасности и тем самым уберечь

спортсменов от трагических ситуаций [61-63]. Сегодня, учитывая возрастающие объемы нагрузок в современном спорте [37, 58-63], внимание к здоровью спортсменов особенно важно. Хорошо, что это понимают ведущие ученые и организаторы спорта. Проявлением этого является создание кафедры «Здоровье человека» и специализированного института в Национальном университете физического воспитания и спорта, а также аналогичных кафедр в других учебных заведениях.

Субъективный фактор и этика в валеологии. Для успешного развития любой науки (тем более междисциплинарной, каковой является наука о здоровье) исключительно важны традиции, этика и творческое взаимодействие специалистов. Достаточно обратиться к истории физики или гигиены, чтобы понять, насколько значительна роль этих факторов, формирующих своего рода «коллективный разум», общее информационное поле, без которого усилия даже одаренного ученого оказываются тщетными. К сожалению, в Украине распространилась тенденция к самоутверждению валеологии и обособлению ее от родственных наук [64, 65]. Эта тенденция в наше время, когда благодаря интеграции знаний происходит взаимообогащение наук, оказывается весьма странной. Ведь авторитетнейшие представители наиболее близких к учению о здоровье гигиенических наук — академики Ю.И. Кундиев, М.Г. Шандала, И.М. Трахтенберг — еще в 1989 году на заседании Ученого совета МЗ УССР одобрили исследования в области валеологии, признав их заслуживающими внимания. Между тем, утверждается обратное: якобы, валеология с первых дней своего существования встретила упорное сопротивление со стороны гигиенистов: они не признавали новой науки, утверждая, что валеологи украли у них предмет исследования [65].

Хотя валеология еще не состоялась как наука с собственным теоретико-методологическим фундаментом, концептуальной основой и собственными методами, однако это не помешало появлению в печати критики в адрес гигиенистов, которые, якобы, оставляют лишь за собой право заниматься проблемами здоровья, не печатают и не читают трудов валеологов [64]. При этом сама валеология,

которой далеко еще до становления, декларируется как возможность решения проблем, выходящих за рамки методологии гигиены и первый шаг в истинно профилактическую медицину [64]. В ряде работ проф. Г.Л. Апанасенко сетует, что наука о здоровье не получает должного признания в обществе, а развиваемые им положения обделены вниманием. Конечно же, это не так.

Следует напомнить, что проблема признания или непризнания научных положений в наше время, к счастью, не регламентируется свыше. Важно лишь, чтобы эти положения были новыми, аргументированными и заслуживали внимания, в том числе, разумеется, и критического внимания — ведь в науке ничего не принимается на веру, и, по определению, в ней не может быть пророков. Между тем, автор энергетической концепции выступает, как это ни странно в наши дни, именно в обличье пророка. «Нет пророка в своем отечестве», — заключает он свою публикацию, в которой пишет о том, что его представления не поддерживаются безоговорочно научной общественностью [53]. Причем пророка весьма категоричного и нетерпимого к инакомыслию. «У человечества, чтобы выжить, нет иного выхода, как развивать валеологию, — пишет он, не задумываясь над тем, что для выживания человечества не менее важны десятки других, уже доказавших свое значение наук. — И она будет развиваться. И очень важно, чтобы при этом был лидер» [6]. Кстати, работы других исследователей он рассматривает не с точки зрения их содержания, а в качестве претензий на лидерство. Проф. В.П. Петленко, акад. В.П. Казначеев, проф. Л.А. Калинин и проф. В.И. Жолдак — «претенденты на звание основателей валеологии», причем последние «претендуют на свою порцию валеологического пирога» [6]. Проф. В.П. Петленко, выпустивший изданную в нашей стране пятитомную коллективную монографию «Основы валеологии», в которой не упоминаются работы автора энергетической концепции, «попытался занять место лидера в Российской школе валеологии», но «окончательно ее загубил». В науке происходит «драка за научное наследство» проф. И.И. Брехмана, а публикации по валеологии оставляют после себя «завалы информационного мусора» [65].

Что касается работ о здоровье и их авторов, то они представлены следующим образом: проф. В.П. Петленко «ухитряется» привести слишком большое количество критериев здоровья, ряд статей представляет собой «информационный мусор» [65], а проф. И.В. Силуянова «о валеологии не знает ничего. Но тем не менее берется судить», ее статья «бредовая», а содержание статьи — «бредятина», могущая возникнуть в «воспаленном мозгу» [66]. Вряд ли Ирина Васильевна Силуянова и ее коллеги в Международном научном комитете этического образования в медицине когда-либо сталкивались со столь, мягко говоря, «эмоциональной» оценкой чьей-либо научной работы. Разве при таком отношении к коллегам возможно творческое сотрудничество, тот морально-этический климат, при котором только и может развиваться наука как коллективное достояние? Специалисты, работающие в России, уже давно отмечали попытки самоутверждения, которые оказывались не вполне корректными по отношению к другим научным областям и их отдельным представителям [67]. Вызывает сожаление то, что валеология в Украине предстает перед научной общественностью ближнего зарубежья в обличье агрессии и претензий.

«Валеологии быть, но не заносчивой, а трезвой отраслью глубокого человеческого знания», — таков итог дискуссии на страницах «Медицинской газеты» [68]. К сожалению, эти предостережения за прошедшие 12 лет не восприняты. Не способствовало развитию валеологии отделение ее от родственных наук, прежде всего от гигиены. Наука о здоровье при этом ничего не приобрела, но многое утратила. Требования признания валеологии как самостоятельной науки, которая, якобы, «стала метанаукой и перешагнула рамки медицинской науки» [65], производят странное впечатление, напоминая попытки ломиться в открытую дверь. Признание науки и ее авторитет, как известно, определяются лишь новизной и общественным значением фактов. Широковещательные декларации при отсутствии фактов, а тем более их сомнительность лишь дискредитируют научного работника, заставляя задуматься над простым вопросом: почему вместо углубленных исследований и

творческих контактов с инакомыслящими его занимавам в основном проблемы лидерства и требования представительства науки, едва делающей первые шаги, в НАН и АМН Украины? Ведь если вдуматься, нельзя не согласиться с проф. И.В. Силуяновой в том, что валеология сегодня — «это лишь объяснение тем или иным индивидом того, как он понимает здоровье» [69]. Вот почему для развития валеологии необходим отказ от необоснованных и ненужных претензий и действительное творческое сотрудничество всех, кого интересуют проблемы здоровья.

Реальные достижения науки о здоровье. Досадные обстоятельства, изложенные выше, представляют собой своего рода болезни роста, а, отчасти, может и рецидивы прошлого, когда свыше решались судьбы науки. К счастью, эти времена прошли, и не кто-либо из начальства, а сама наука и ее представители доказывают (или не доказывают) свою состоятельность. Ряд достижений науки о здоровье не вызывает сомнения. Сегодня ясно, что попытки оценить здоровье вне конкретных условий вряд ли конструктивны (напомним философское положение: истина конкретна в конкретных обстоятельствах). Без учета условий окружающей среды пришлось бы констатировать «сниженное» здоровье всякий раз при возникновении в организме патологического процесса, который в определенных условиях (неблагоприятных влияний среды) является как раз показателем защитной реакции организма. Напомним: клинические наблюдения свидетельствуют, что не менее 25% случаев смерти в настоящее время отмечаются вне болезни среди лиц с минимальными резервными возможностями [70]. Поэтому не всегда не болеющий здоровее заболевшего. Это указывает на исключительную важность «эколо-

гического измерения» в оценке здоровья [4, 12, 48, 71]. Как отмечает проф. М.П. Захарченко, «здоровье человека... всегда зависело, зависит и будет зависеть от среды его обитания, т.е. от факторов окружающей среды, и ставить вопрос о здоровье как об автономном явлении — это утопия» [4]. Среди факторов здоровья определенную роль играют резервные возможности важнейших систем жизнеобеспечения, в том числе возможности адаптации организма [2, 37, 38, 48], минимизация расходов энергии [28, 29, 32, 33, 48], а также активность механизмов самовосстановления [72]. Исключительно важное значение имеет психоэмоциональный фактор [12, 48, 50]. Ясно также, что сущность здоровья не сводится к одному какому-то фактору, а представляет собой взаимодействие ряда факторов. Взаимодействие в такой мере подвижное, динамическое, что здоровье предлагают характеризовать не как «состояние», а как «способность» [11]. Множественность и вариативность факторов здоровья свидетельствуют об особом значении морфофункциональной интеграции как одной из самых общих его характеристик [12, 46-48].

Представление о том, что развитию валеологии не способствуют руководящие органы нашей страны, абсурдно. Именно в Украине сложились особенно благоприятные условия для развития науки о здоровье. Институт геронтологии АМН Украины на протяжении 50 лет успешно изучает фундаментальные вопросы здоровья и долголетия, а научные школы Д.Ф. Чеботарева, В.В. Фролькиса, О.В. Коркушко представляют собой богатейший, еще не освоенный валеологами материал для перспективных исследований. Еще в 30-х годах прошлого столетия ученые с мировым именем А.А. Богомолец и Н.Д. Стражеско внесли неоценимый вклад в науку о здоровье. Значение работ украинских гигиенистов Л.В. Громашевского, А.Н. Марзеева, Д.Н. Калюжного, Г.Х. Шахбазяна, Л.И. Медведя, С.С. Познанского, Е.И. Гончарука, а ныне Ю.И. Кундиева, А.М. Сердюка, И.М. Трахтенберга и многих других ученых для сохранения здоровья человека в реальных условиях труда, быта и действия экологических факторов трудно переоценить. Бле-

стящие по содержанию и по форме работы Н.М. Амосова в области двигательной активности и здорового образа жизни известны далеко за пределами нашей страны.

Ни одна страна Европы и всего мира не получила столь ценного научного наследия для развития науки о здоровье. Долг валеологов — развивать это наследие, не отгораживаясь, а используя и обогащая его. Нужно признать, что большинство специалистов именно так и действует. Исключительное значение для разработки проблем здоровья имеют исследования, проводимые в системе АМН Украины (Институт геронтологии, Институт гигиены и медицинской экологии им. А.Н. Марзеева, Институт медицины труда, Институт педиатрии, акушерства и гинекологии, Институт клинической медицины им. Н.Д. Стражеско, Институт охраны здоровья детей и подростков и др.). Творчески разрабатываются вопросы здоровья в Крымском и Одесском медицинских университетах, Киевском, Харьковском, Львовском, Винницком и Ивано-Франковском национальных медицинских университетах, Таврическом национальном университете. Ценнейший опыт валеологического образования накоплен в Харьковском национальном университете им. В.Н. Каразина и Кировоградском педагогическом университете имени В. Винниченко. Ценные рекомендации по укреплению здоровья студентов с нарушениями здоровья разработаны в Национальном техническом университете КПИ, а также во Львовском университете физической культуры. Благоприятным фактором являются систематические научные контакты украинских ученых с коллегами из других стран, осуществляемые на конференциях и симпозиумах Международного валеологического общества, а также на ежегодных конференциях Украинской валеологической ассоциации (председатель — проф. М.С. Гончаренко) и ежегодных педагогических конференциях по проблемам здоровья учащейся молодежи в Кировоградском педагогическом университете имени В. Винниченко, проводимых под руководством проф. В.С. Язловецкого. Наиболее важно то, что само развитие науки укрепляет взаимодействие специалистов, разрабатывающих столь важные для общества проблемы здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брехман И.И. Введение в валеологию — науку о здоровье. — Л.: Наука, 1987.
2. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. — М.: Молодая гвардия, 1979.
3. Bulicz E., Murawow I. Czy profilaktyka medyczna prowadzi do zdrowia? — Radom: Wyd. PR, 2007.
4. Захарченко М.П. Профилактическое направление в медицине и «новые» науки о здоровье людей // Гиг. и сан. — 1998. — № 5. — С. 62-64.
5. Тель Л.З. Валеология: учение о здоровье, болезни и выздоровлении. В 3-х т., 2001.
6. Апанасенко Г.Л. Автобиографические записки о здоровье. — Николаев, 2001.
7. Sigerist H. Civilization and disease. — Ithaca: Cornell Univ. Press, 1941.
8. Aleksandrowicz J. Nie ma nieuleczalnie chorych. — Lodz: Wyd. Lodzkie, 1987.
9. Noack H. Concepts of health and health promotion // Measurements in Health Promotion and Protection. — Copenhagen: WHO. — 1987.
10. Войтенко В.П. Здоровье здоровых. — К.: Здоровье, 1991.
11. Лищук В.А., Мосткова Е.В. Основы здоровья. — М.: РАМН, 1994.
12. Булич Е.Г., Муравов И.В. Валеология. Теоретичні основи валеології. Навч. посібник. — К.: ІЗМН, 1997.
13. WHO: Technical Report Ser. 436: Optimum physical Performance Capacity in Adults: Report of a WHO Scientific Group. — Geneva: WHO, 1969.
14. Купер К. Новая аэробика. Пер. с англ. — М.: Физкультура и спорт, 1979.
15. Andersen K.L., Rutenfranc J., Mazironi R., Seliger V. Habitual physical activity and health. — Copenhagen: WHO, 1978.
16. Решетюк А.Л. Классификация трудоспособности // Вопр. геронтологии. — 1987. — Вып. 9. — С. 57-62.
17. Агаджанян Н.А., Баевский Р.М., Берсенева А.П. Учение о здоровье и проблемы адаптации. — Ставрополь: Изд-во СГУ, 2000.
18. Апанасенко Г.Л. Оценка физического развития: методология и практика поисков критерия оценки // Гиг. и сан. — 1983. — № 12. — С. 51-53.
19. Astrand P.-O., Rodahl K. Textbook of work physiology. Third Ed., McGraw-Hill, 1986.
20. Амосов Н.М., Муравов И.В. Сердце и физические упражнения. — М.: Знание, 1982.
21. Bunc V. A 2 km walking test for the assessment of the aerobic fitness in non-trained subjects // Sport Kinetic'95: The Proceed. of

4-th Intern. Scient. Conf. — Prague, 1996. — P. 123-128.

22. Апанасенко Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. — СПб: МГП «Петрополис», 1992.

23. Дольник В.Р. Энергетический обмен и эволюция животных // Успехи соврем. биологии. — 1968. — 66, № 2. — С. 276-293.

24. Зотин А.И. Биоэнергетическая направленность эволюционного процесса организмов. — Пущино: Науч. центр биол. исслед., 1981.

25. Северцов А.Н. Морфологические закономерности эволюции // Собр. соч. в 5-ти т. — М.-Л.: Изд-во АН СССР, т. 5, 1939.

26. Шмальгаузен И.И. Пути и закономерности эволюционного процесса // Избр. тр. — М.: Наука, 1983.

27. Северцов А.С. Основы теории эволюции. — М.: Изд-во МГУ, 1987.

28. Югай Г.А. Общая теория жизни. — М.: Мысль, 1985.

29. Huxley J.S. Evolution. — London: G. Allen and Unwin, 1942.

30. Simpson G.G. The Meaning of Evolution. Ed. 2. — New Haven: Yale Univ. Press, 1967.

31. Грант В. Эволюция организмов. Пер. с англ. — М.: Мир, 1986.

32. Тимофеев-Ресовский Н.В., Воронцов Н.Н., Яблоков А.В. Краткий курс теории эволюции. — М.: Наука, 1969.

33. Rosslenbroich V. The notion of progress in evolutionary biology — the unresolved problem and an empirical suggestion // Biol. And Phil. — 2006. — 21, № 1. — P. 41-70.

34. Israel S. Erkrankungen und Verletzungen bei sportlich aktiven und inaktiven 30-bis jährigen Personen // Medizin und Sport. — 1988. — 8. — S. 277-280.

35. Дембо А.Г., Земцовский Э.В. Спортивная кардиология. — Л.: Медицина, 1989.

36. Astrand I. Aerobic work capacity in men and women with special reference to age // Acta Physiol. Scand. — 1960. — 49 (suppl. 169). — P. 1-92.

37. Платонов В.Н. Адаптация в спорте. — К.: Здоров'я, 1988.

38. Астранд П.-О., Муравов И.В. Оздоровительные эффекты физических упражнений // Potegowanie zdrowia. Pod. red. E. Bulicz. — Radom, 2003. — С. 283-291.

39. Blaire S.N., Kohl H.W., Paffenberger R.S. et al. Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women // JAMA. — 1989. — 262, № 17. — P. 2395-2401.

40. Коркушко О.В., Ярошенко Ю.Т. Максимальное потребление кислорода у мужчин в зависимости от возраста и уровня двигательной активности // Физиология человека. — 1996. — 22, № 4. — С. 100-103.

41. Boirie Y., Beaufriere B., Ritz P. Energetic cost of protein turnover in healthy elderly humans // Int. J. Obesity. — 2001. — 25, № 5. — P. 601-605.

42. Plate L. Selectionprinzip und Probleme der Artbildung. — Leipzig-Berlin, 1913.

43. Камшилов М.М. Отбор как фактор усложнения организации // Изв. АН СССР. Сер. биол. — 3. — С. 349-356.

44. Шмальгаузен И.И. Организм как целое в индивидуальном и историческом развитии. Избр. тр. — М.: Наука, 1982.

45. Муравов И.В. Оздоровительные эффекты физической культуры и спорта. — К.: Здоровье, 1989.

46. Муравов И.В. Энергетика и организация функций в обеспечении высокой жизнеспособности организма // Валеология. Диагностика, средства и практика обеспечения здоровья. — Владивосток: Дальнаука, 1995. — Вып. 2. — С. 67-78.

47. Muravov I., Bulich E., Muravov O. Test of motor-cardiac correlation: control, prognosis and the evaluation of the effectivity of the influences in preventive cardiology // Canad. J. Card. — 1997. — Vol. 13, Suppl. B. — P. 247-254.

48. Булич Э.Г., Муравов И.В. Здоровье человека: биологическая основа жизнедеятельности и двигательная активность в ее стимуляции — К.: Олимп. литература, 2003.

49. Безруков В.В., Черкаська С.О., Чайковська В.В. та ін. Методи кількісної оцінки рівня здоров'я та фізичних можливостей людей середнього та пенсійного віку. — К., 1994.

50. Гундаров И.А. Пробуждение: пути преодоления демографической катастрофы в России. — М., 2001.

51. Разумов А., Пономаренко В., Пискунов В. Здоровье здорового человека (основы восстановительной медицины). — М.: Медицина, 1996.

52. Бедный М.С. Демографические факторы здоровья. — М.: Финансы и статистика, 1984.

53. Апанасенко Г.Л. Книга о здоровье. — К.: Медкнига, 2007.

54. Corrado D., Basso C., Pavei A. et al. Trends in sudden cardiovascular death in young competitive athletes after implementation of a preparticipation screening program // JAMA. — 2006. — V. 296, № 13. — P. 1493-1601.

55. Kassil G.N., Levando V.A., Pershin B.V. Neuro-humoral regulation of immune homeostasis during adaptation to extreme stresses using modern sport a model // Sport Trening Med. — 1988. — Vol. 1. — P. 61-65.

56. Blaire S.N., Kampert J.B., Kohl H.W. et al. Influences of cardio-respiratory fitness and other precursors on cardiovascular disease and all-cause mortality in men and women // JAMA. — 1996. — 276. — P. 205-210.

57. Левандо В.А. Спорт, стресс, иммунитет // Вестн. спорт. науки. — 2005. — № 3. — С. 33-40.

58. Гаврилова Е.А. Спортивное сердце. Стрессорная кардиомиопатия. — М.: Советский спорт, 2007.

59. Гладков В.Н. Некоторые особенности заболеваний, травм, перенапряжений и их профилактика в спорте высших достижений. — М.: Сов. спорт, 2007.

60. Дембо А.Г. Актуальные проблемы современной спортивной медицины. — М.: Физкультура и спорт, 1980.

61. Макарова Г.А. Проблема риска внезапной смерти при занятиях физической культурой и спортом (обзор литературы) // Вестник спортивной медицины России. — 1999. — № 1. — С. 18-21.

62. Gibbons L.W., Cooper K.H., Meyer V.M. et al. The acute cardiac risk of strenuous exercise // JAMA. — 1980. — № 244. — P. 1799.

63. Иорданская Ф.А., Юдинова М.С. Мониторинг здоровья и функциональная подготовленность высококвалифицированных спортсменов в процессе учебно-тренировочной работы и соревновательной деятельности. — М.: Сов. спорт, 2006.

64. Апанасенко Г.Л. Обращение валеолога к здоровому смыслу гигиенистов // Валеология. — 2002. — № 1. — С. 81-83.

65. Апанасенко Г.Л. Валеология на рубеже веков // Валеология. — № 1. — С. 4-12.

66. Апанасенко Г.Л. Что знает и чего не знает проф. И.В. Силуанова о валеологии? // Валеология. — 2001. — С. 70-72.

67. Колбанов В.В. Валеология. — СПб, 2000.

68. Артамонов Р. Валеологии быть. Но какой? // Мед. газета. — 1997, 28 мая, № 40.

69. Силуанова И.В. Валеология: научно-методологическая и мировоззренческая несостоятельность. — М.: РПЦ, 2000.

70. Максимова Т.М., Леонов С.А., Русакова В.П. и др. Современные проблемы оценки состояния здоровья населения // Обзорная информация. Вып. 4. — М.: ВНИИТИ, 1987.

71. Wolanski N. Human health as an ecological problem // Human Ecology. Ed. M. Hohen and T. Boleyn. — London: Routledge, 1999. — P. 79-111.

72. Лищук В.А., Мосткова Е.В. Механизмы самовосстановления // Валеология. — 2002. — № 1. — С. 4-13. — № 2. — С. 24-35.

Надійшла до редакції 12.01.2010.